

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 887

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Haïm, Harry, Roland LEVY

Né le 23 Août 1930, au CAIRE (Égypte)

présentée et soutenue publiquement le

**NOTRE EXPÉRIENCE DU LYMPHOSARCOME
DE L'INTESTIN GRELE
A L'HOPITAL DE POISSY**

Président : Monsieur le Doyen L. BINET (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS VI*

1958

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Université)

par

Haïm, Harry, Roland L E V Y

né le 23 août 1930 au Caire (Egypte)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le



-:-

NOTRE EXPERIENCE DU LYMPHOSARCOME DE L'INTESTIN
GRELE
A L'HOPITAL DE POISSY

-:-

Président : Monsieur le Doyen L. BINET
(Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCCQ, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
	(Hôtel-Dieu MENEGAUX
Clinique Chir.	(Salpêtrière MOULONGUET
	(Cochin QUENU
	(Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et } de l'encéphale }	DELAY

MM.

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	{ FUNCK-BRENTANO
	{ BARIETY
	{ JUSTIN-BESANÇON
Cliniques Médicales	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	{ PASTEUR VALLERY-
	{ RADOT
	{ LANTUEJOUL
Cliniques Obstétricales	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G.	Pat.chir.	{ DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.)
Ana.Path.	{ Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU	Pat.expéri- ment.	{ MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAT WOLFROMM
Bactério- logie	{ CHRISTOL NEVOT	Path.Méd.	{ POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH Melle LEVY BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS BARUK PICHOT
Biol.Méd.	BOURLIERE		
Chimie Méd.	{ ETTORI POLONOVSKI J.		
Dermato-syph.	DUPERRAT		
Embryologie	TUCHMANN		
Histologie	{ COUJARD N.		
Hydrologie	CORNET		
Hygiène	{ BOYER DEPARIS		
Mal.infect.	BASTIN		
Médecine)	{ DEROBERT GAULTIER HADENGUE		
légale et du Trav.)			
Neurochir.	DAVID		
Neurologie	LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY		
Obstétrique			
Ophtal- mologie)	{ BREGEAT DESVIGNES		
Orthopédie	JUDET		
Oto-rhino- laryngol.)	{ AUBRY MADURO		
Parasito.	BRUMPT		
Parasito col.	CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX		
Path.chir.			

MM.
 Psych.infant.N...
 Rhumatologie...DELBARRE
 Stomato.....{CHAPUT Mme
 {CERNEA

MM.
 Urologie.....KUSS
 Thérapeut.....CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 Clin.Chir.....{AMELINE
 {HUGUIER
 {LEGER
 {PADOVANI
 {ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie.....N...
 Clinique M. {DREYFUS
 {HAGUENAU
 {KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 {Melles DUMATRE
 Bibliothécaires { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

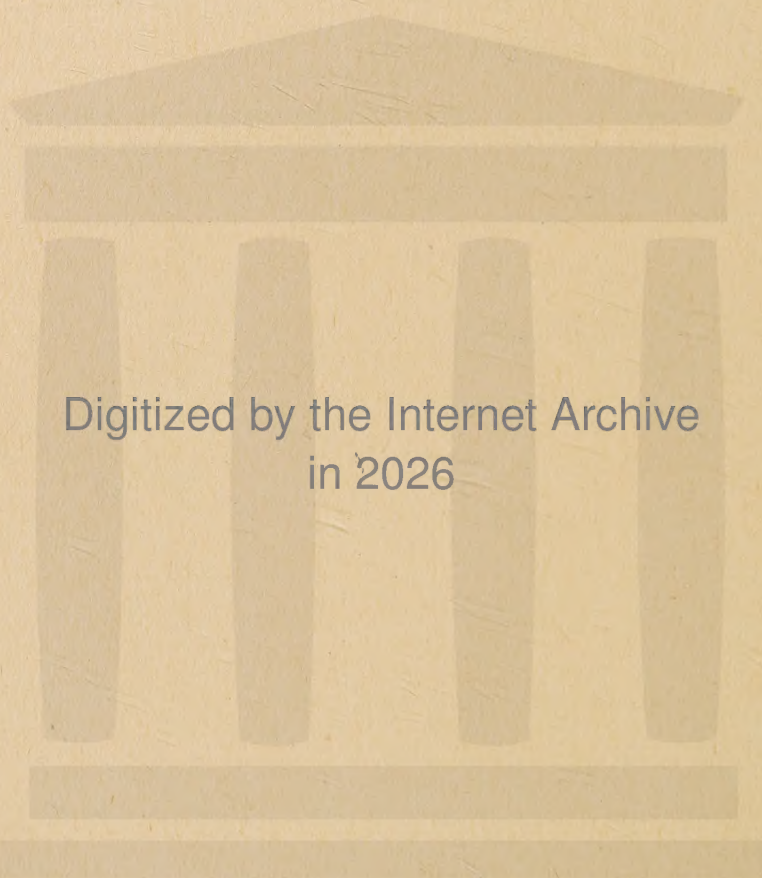
A mes chers Parents

En témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

A mes Soeurs

A ma Famille

A tous mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548802_0037

A notre Président de Thèse

Monsieur le Doyen Léon BINET

Professeur de Physiologie à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Institut
Membre de l'Académie nationale de Médecine
Grand' Croix de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Georges CAZES

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre respectueuse gratitude.

A notre Jury de Thèse

NOTRE EXPERIENCE DU LYMPHOSARCOME DE
L'INTESTIN GRELE
A L'HOPITAL DE POISSY

-:-

INTRODUCTION

-:-

Au cours de notre internat à l'hôpital de Poissy, nous nous sommes intéressé à l'étude des tumeurs de l'intestin grêle en général, et surtout des lymphosarcomes. Plusieurs cas ont été vus dans le service de chirurgie entre 1948 et 1956. Deux cas ont déjà fait l'objet de la thèse de KOVACHE en 1950. Nous nous permettrons d'y revenir pour illustrer certains points d'évolution et de pronostic. Deux autres cas inédits seront étudiés en détail en essayant de mettre en évidence les éléments les plus caractéristiques pouvant servir au diagnostic, tant positif que différentiel (ils ne sont malheureusement pas nombreux), et les moyens d'action les plus efficaces : nous en possédons qui permettent de longues survies et même des guérisons. Le problème essentiel réside donc dans un diagnostic précoce, permettant de mettre en oeuvre le traitement. Certains tableaux cliniques que nous préciserons, doivent faire penser à une tumeur du grêle et faire pratiquer des examens complémentaires, même s'ils ne sont pas tout à fait caractéristiques.

Nous diviserons ce travail en trois parties : la première consacrée à de brefs rappels historiques, étiologiques et anatomopathologiques ; la deuxième traitera de la clinique, du diagnostic, de l'évolution illustrés par les observations ; dans la troisième partie, nous tirerons des conclusions sur la conduite à tenir.

-:-

GENERALITES

-:-

Le lymphosarcome du grêle se place dans le cadre des tumeurs malignes primitives du jéjuno-iléon. Ces tumeurs seraient plus nombreuses que les tumeurs bénignes puisque sur 117 tumeurs, HILLEMAND et CHERIGIE trouvent 47 tumeurs bénignes pour 65 tumeurs malignes.

Il existe 3 groupes de tumeurs malignes : épithéliomas, sarcomes et carcinoïdes. Ces dernières sont relativement rares (10 à 20 p. cent suivant les auteurs). Epithéliomas et sarcomes seraient en nombres sensiblement égaux : HILLEMAND et CHERIGIE : 7 épithéliomas pour 6 sarcomes, alors que d'après CAMER il y aurait 105 épithéliomas pour 78 sarcomes.

Parmi les sarcomes, les lymphosarcomes sont incontestablement les plus nombreux. Pour CHA-NOINE, ils représenteraient 84 % des sarcomes du grêle.

Ainsi placés dans le cadre des tumeurs du grêle les lymphosarcomes sont rares en nombre absolu, bien que les publications soient de plus en plus nombreuses depuis 10 ans environ. Cela tient probablement à plusieurs facteurs : l'introduction des nouveaux procédés d'anesthésie générale qui ont fait de la laparotomie exploratrice un acte courant (et nous verrons que le diagnostic de lymphosarcome n'est le plus souvent posé qu'à l'intervention). De même les examens radiologiques sont demandés plus fréquemment (quoiqu'encore trop rarement pour le grêle). On retrouvera

bien plus de cas lorsqu'un procédé spécifique de diagnostic aura été mis au point car le lymphosarcome est caractérisé par son silence clinique pendant une longue période de son évolution du fait même de sa localisation sur l'intestin. Nous verrons ces difficultés de diagnostic plus en détail au chapitre clinique et radiologique.

-:-

RAPPEL HISTORIQUE

-:-

SORLY en 1824 différencie les sarcomes des épithéliomas.

Le premier, KUNDRAT en 1893 individualisa la lymphosarcomatose qui porte son nom et reconnut son origine au niveau des tissus lymphoïdes.

Dans sa thèse en 1903, LECENE devait rassembler 21 cas de lymphosarcomes sur 84 étudiés.

GRAVES en 1919 étudie 249 tumeurs lymphoïdes de l'intestin grêle.

Depuis, le lymphosarcome du grêle a fait l'objet de nombreuses études d'ensemble ainsi que de cas inédits.

STOUT en 1935 rapporte 19 cas rencontrés en 21 ans.

CAMER en 1938 réunit 200 tumeurs primitives du grêle dont 78 sarcomes.

HECTOR en 1939 dans sa thèse présente 8 observations de tumeurs de l'intestin.

En 1946, les 21 cas de lymphosarcome du grêle traités à la Mayo Clinic sont rapportés par FRYFOGLE, KIERNAN et DOCKERTY.

CHANOINE retrouve 781 cas publiés depuis 1858.

VERHAEGHE , DEVAMBEZ... rapportent 8 observations de tumeurs du grêle, dont 4 lymphosarcomes.

-:-

ETIOLOGIE

-:-

Le lymphosarcome se développe aux dépens du tissu lymphoïde de l'organisme et à ce titre peut apparaître à tous les étages de l'organisme : amygdales, médiastin, ganglions abdominaux ou des membres, tissu lymphoïde intestinal, par exemple. Ses causes sont inconnues : les différentes théories sur les origines du cancer en général, gardent toutes des partisans. Ainsi la transmission héréditaire n'est pas admise, mais il y a de nombreux cas de cancers familiaux apparaissant sur 2 ou 3 générations successives. La théorie virale reste à prouver, à part quelques cas expérimentaux. Néanmoins, il semble y avoir des facteurs favorisant le développement du cancer, en particulier l'irritation chronique (chimique, mécanique ou infectieuse). De même de longues périodes de stabilisation apparente de cancers diagnostiqués, suivies d'évolution foudroyante à l'occasion d'une affection intercurrente, ont été rapportées. Les périodes de latence initiale et l'apparition du lymphosarcome chez le jeune enfant, ont fait émettre une théorie embryonnaire, qui ne semble pas devoir être retenue actuellement.

C'est le sujet jeune qui est le plus fréquemment atteint : en effet l'âge moyen serait de 35 à 40 ans, mais il y a de nombreux cas de l'enfance : DUCHEMIN ; KOVACHE (deux observations : 6 et 8 ans). D'autre part, le sexe masculin serait plus atteint que le sexe féminin.

Le lymphosarcome peut prendre naissance sur

n'importe quelle partie de l'intestin grêle, mais il siège le plus souvent sur l'iléon terminal : les 50 derniers centimètres avant la valvule de Bauhin semblent être le siège de prédilection. C'est le cas notamment pour 3 des malades vus à l'hôpital de POISSY. Cette fréquence est en rapport avec la richesse en tissu lymphoïde. La localisation à l'angle duodéno-jéjunal ou à la première anse jéjunale a été signalée. Elle provoque souvent des difficultés supplémentaires d'ordre chirurgical. Dans notre observation n° 2, il s'agissait d'une localisation à 50 cm de l'angle duodéno-jéjunal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

-:-

Quel qu'en soit le siège sur l'intestin, le lymphosarcome semble évoluer macroscopiquement en trois stades :

- Dans un premier stade, il s'agit d'une petite tumeur plate infiltrant la paroi sur une zone arrondie ; ou bien, d'un petit nodule polypoïde à l'intérieur de la lumière intestinale ou sous-séreux. Ce stade est celui du début, la tumeur prenant la forme et les caractéristiques d'un organe lymphoïde, régulier et bien limité.

- Dans un deuxième stade, l'extension se fait de proche en proche tout en restant intra-pariétale et donne un aspect infiltrant pouvant prendre une forme annulaire qui peut donner deux types évolutifs : sténosant ou anévrysmal, c'est-à-dire, dilatant la lumière intestinale.

- Le troisième stade, terminal, voit se faire une extension le long de l'anse intestinale et infiltrant le mésentère.

Enfin, à l'un quelconque des trois stades, peut se faire la généralisation qui est d'abord lymphatique. Mais le plus souvent elle est assez tardive. Les ganglions mésentériques sont les premiers atteints suivis des chaînes latéro-aortiques. La diffu-

sion sanguine est encore plus tardive. Elle se fait vers les organes hématopoiétiques, les reins, le foie, le péricarde, réalisant la lymphomatose diffuse.

La tumeur est souvent unique, mais on voit fréquemment des nodules multiples. Ainsi dans notre observation n° 2, il existait deux tumeurs distantes d'environ 50 cm sur le jéjunum. Si elles sont nombreuses, elles réalisent la lymphosarcomatose type Kundrat. De même, on peut voir une forme de "polypose diffuse" (CATTAN et PORCHER).

Son volume est très variable : dans l'observation n° 1, la tumeur atteignait la taille d'un poing d'adulte, alors que dans l'observation n° 2 il s'agissait de deux tumeurs plates et grosses comme des pièces de 5 francs.

Aux deux premiers stades, la tumeur apparaît homogène à la coupe, assez régulière et ayant des bords lisses. Par contre, au troisième stade les barrières formées par les tuniques intestinales (musculaire et fibreuse) sont effondrées et la tumeur perd de son homogénéité.

La muqueuse, elle, est ulcérée très précocement dans la majorité des cas (signe assez particulier au lymphosarcome).

Microscopiquement :

La tumeur est constituée presque exclusivement de cellules rondes à noyaux basophiles de la série lymphoïde : lymphoblastes ou lymphocytes. Parfois ce sont uniquement des lymphoblastes qui constituent le lymphoblastome de Ribbert. Les sarcomes à constitution uniquement lymphocytaire sont plus rares (lymphocy-

tomes). En général il y a prolifération simultanée de cellules des deux âges, tassées les unes contre les autres ;il y a de rares cellules géantes apportant la participation réticulaire. Des plages de nécrose sont incluses dans la tumeur. Mais ce qui caractérise la malignité, c'est la présence de très nombreuses mitoses et le caractère anarchique de la prolifération. Dans l'observation n° 2, la résection de la deuxième tumeur survenant après exposition aux rayons X, l'examen histologique révélait bien l'infiltration de la couche musculaire par des cellules lymphocytaires tassées, mais on ne trouvait plus les nombreuses mitoses permettant d'affirmer le caractère malin.

CLINIQUE

-:-

Pour le lymphosarcome comme pour les autres tumeurs du grêle, les auteurs s'accordent pour admettre que la plupart des cas sont méconnus, sont vus tardivement en urgence et opérés dans de mauvaises conditions: la moitié des cas, observés par POILLEUX à la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Les 4 cas observés à l'hôpital de Poissy, ont été opérés :

1. en semi-urgence, 24 à 48 heures après leur entrée dans le service, pour les deux observations de KOVACHE et l'une des nôtres.

2. après une observation de trois semaines dans l'observation n° 2. Cette période a été mise à profit pour le rétablissement de l'état général et pour des recherches biologiques et radiologiques.

Les 4 cas n'ont été vus qu'après de longs mois de troubles abdominaux importants, ayant nécessité des traitements symptomatiques restés inefficaces. Les diagnostics préopératoires étaient : une invagination intestinale, une tumeur caecale, une occlusion (bride ou tumeur ?), et une fois péritonite par perforation d'origine inconnue (typhique ?). Dans aucun cas il n'y eut de diagnostic radiologique. Deux fois la tumeur était perceptible cliniquement.

Il apparaît de ce qui précède que nos malades n'ont pas fait exception à ce qui semble être la règle dans cette affection : évolution longtemps méconnue. La cause en est la banalité apparente des manifestations cliniques que nous allons étudier.

Le lymphosarcome provoque des troubles cliniques très variables, pouvant simuler n'importe quelle affection abdominale ; mais on retrouve avec une grande fréquence 5 symptômes isolés ou associés. Ce sont : la douleur, l'amaigrissement l'anémie, la constipation ou la diarrhée, et souvent une hyperthermie modérée et durable. Nous les décrivons successivement.

LA DOULEUR : est pour nous le symptôme dominant. Sans être pathognomonique des tumeurs du grêle, lorsqu'elle a la forme que nous décrirons en premier, elle devrait attirer l'attention sur l'intestin grêle.

Vive, elle débute brusquement quelques heures après le repas et va en augmentant. Son siège est variable, le plus souvent para-ombilicale droite et peut se déplacer au cours de la crise. Elle atteint son maximum et cède brusquement. Les crises d'abord espacées de plusieurs jours se rapprochent et augmentent d'intensité ; il peut s'en produire plusieurs par jour dans certains cas. Au maximum elles réalisent le syndrome de Koenig, avec sensation d'obstacle, ballonnement, suivis d'une débâcle diarrhéique. Dans ce cas il s'agit d'une sténose vraie.

Mais souvent, nous l'avons dit, la lésion constitue une dilatation de la lumière intestinale. La douleur s'explique par le fait que les gaz ne subissant pas l'effet de contractions péristaltiques (absentes au niveau

de la rigidité pariétale), s'accumulent dans cette zone alors que le transit du liquide est accéléré.

Cette forme de douleur est la plus caractéristique, mais toutes les autres formes de vagues douleurs abdominales peuvent se voir. Le seul caractère commun serait le rythme post-prandial tardif.

L'AMAIGRISSEMENT : est constant mais tardif, et perd de ce fait beaucoup de sa valeur. Il sert seulement à amener le malade à consulter. Il atteint très vite plusieurs kg et diminue notablement la résistance du malade, qui devra souvent supporter une intervention plus ou moins choquante dans de mauvaises conditions.

L'ANEMIE : inconstante, elle est toujours modérée, normochrome ; sauf en cas d'hémorragie massive.

LES TROUBLES DU TRANSIT : constipation, diarrhée ou les deux alternativement, n'ont rien de spécifique. Les tumeurs du jéjunum provoqueraient plus volontiers de la diarrhée, alors que les localisations iléales terminales donneraient de la constipation. Le plus souvent d'intensité modérée, la diarrhée peut simuler une entérite grave, voire une dysenterie, par son intensité et sa durée.

L'HYPERTHERMIE : fébricule à 38°, ne cédant à aucune thérapeutique, se voit assez fréquemment.

NAUSEES ET VOMISSEMENTS : sont encore plus rares et n'ont aucun caractère particulier.

Le syndrome le plus caractéristique est celui qui associe les symptômes : douleur et

troubles du transit, auxquels viendront s'ajouter si l'évolution se poursuit, l'anémie et l'amaigrissement. Devant un tel syndrome, on doit pratiquer :

1) Un examen clinique soigneux : la palpation abdominale pourra mettre en évidence une tumeur parfois volumineuse et souvent mobile. En période de crise, on pourrait trouver un météorisme bien localisé et ayant le même siège à toutes les crises.

2) Des examens de laboratoire, révèlent presque toujours la présence de sang en petite quantité dans les selles : mélaena occulte.

3) Un examen radiologique : transit intestinal baryté, seul examen pouvant donner un diagnostic de quasi-certitude s'il révèle l'une des images caractéristiques que nous décrirons plus loin. Précisons ici que l'examen radiologique aurait permis à WEBER et KERKLIN de dépister 85 % des tumeurs jéjunales et 67 % des tumeurs iléales (POILLEUX, in : Actualités Hépato-Gastro-Entérologiques de l'Hôtel-Dieu).

FORMES CLINIQUES

-:-

Formes à prédominance monosymptomatique :

- forme douloureuse
- forme tumorale : la tumeur indolente, ne se révèle qu'à l'occasion d'une complication.
- forme sténosante pure : assez rare, se révèle par occlusion confirmée (obs. n° 1).
- forme diarrhéique : nous avons un exemple typique dans l'obs. n 2. La diarrhée est tenace et résiste à la thérapeutique.

Formes suivant le siège :

- nous distinguerons les tumeurs du jéjunum, dont la localisation à la première anse peut entraîner des interventions complexes pour rétablir la continuité après exérèse (BROCQ et POILLEUX).
- les tumeurs de l'iléon terminal à son abouchement, nécessitant parfois une colectomie droite (KOVACHE).

Formes à localisations multiples :

lymphomatose généralisée type Kundraat ; pouvant atteindre simultanément ou successivement trois étages du tube digestif : pharynx, estomac - duodénum - grêle, et le côlon

ou le rectum (CATTAN, FRUMUSAN et ZERACH).

Formes évolutives :

- L'évolution se fait fatalement vers des complications ou la généralisation par diffusion sanguine. Les complications les plus fréquentes sont : la fistulisation dans un organe de voisinage, la perforation, donnant une péritonite localisée ou généralisée ; l'hémorragie, l'invagination, intéressante lorsqu'elle permet de révéler un lymphosarcome à son début.

La biologie n'est pas d'un grand secours : en effet, le laboratoire ne peut nous renseigner que sur l'existence d'une anémie ou d'un mélaena. L'augmentation de l'indicanurie serait précoce et fréquente dans les lymphosarcomes (RENAUDIE).

Nous allons présenter nos deux observations qui illustreront ces éléments cliniques.

OBSERVATION n° 1

Madame K... M. 63 ans.

Admise le 22 juin 1954 dans le service de chirurgie en état d'occlusion confirmée.

On note dans les antécédents, deux interventions (appendicectomie et cure de hernie).

L'histoire de la maladie remonte à environ deux ans : une première crise de subocclusion ayant duré 24 heures avec arrêt des matières, douleurs abdominales et vomissement. La crise avait cédé après l'administration d'antispasmodiques. Plusieurs crises suivirent à quelques mois d'intervalle. Un examen radiologique du côlon avait été fait en décembre 1953, soit sept mois plus tôt : pas de lésions organiques - caecum peu mobile (adhérences ?).

A l'arrivée dans le service, le diagnostic d'occlusion est évident : arrêt complet des matières et des gaz, ballonnement, bruits hydro-aériques et à la radiographie sans préparation : présence de très nombreux niveaux liquides sur tout le grêle.

On décide d'installer une aspiration continue et de préparer le malade pour une intervention en cas d'échec. Le lendemain le transit intestinal reprend et l'aspiration peut être arrêtée.

L'examen de l'abdomen montre la présence d'une masse dans la F.I.D. mobile : tumeur ou dilatation en amont d'un obstacle tel

qu'une bride ? Le nouveau lavement baryté montre un dolichocôlon et une image de striction du côlon transverse probablement d'origine spasmodique. L'hémogramme : hématies 4.950.000, leucocytes 8.800 dont 74 % de neutrophiles. La recherche de sang dans les selles (6.7) était positive.

Après une préparation minutieuse, la malade est opérée le 15.7.

C.R.O. : Coeliotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une tumeur du volume d'un poing d'adulte, développée dans la paroi de l'iléon terminal. Il existe quelques ganglions d'allure inflammatoire dans le mésentère, proche de la tumeur. La résection d'un fragment de grêle avec le mésentère adjacent, et le rétablissement de la continuité par une anastomose termino-terminale, ne posent pas de difficultés particulières.

Les suites sont très simples.

Examen histologique (De BRUX) : Le fragment de grêle examiné n'est reconnaissable que par la muqueuse de bordure qui est d'ailleurs le plus souvent ulcérée. Toutes les couches intestinales ont disparu et sont remplacées par une nappe diffuse de lymphocytes avec quelques lymphoblastes. Par endroits quelques cellules réticulaires. Tous les ganglions, très hyperplasiques, apparaissent homogénéisés. Ils sont constitués uniquement par des lymphocytes. La barrière capsulaire a disparu et l'on note un envahissement du tissu cellulo-grasieux voisin. C'est sans conteste l'aspect typique d'un lymphosarcome du grêle avec atteinte ganglionnaire.

La malade a été suivie régulièrement. Son hémogramme est resté voisin de la normale. Le

myélogramme, de même.

Un traitement radiothérapique local était entrepris dès la 5ème semaine. Revue en 1958, elle ne présentait pas de récidives et son état général était satisfaisant.

OBSERVATION n° 2

M. R... L, 54 ans.

Depuis huit mois environ, le malade présente des épisodes de diarrhée incoercible, peu modifiée par les sulfamides intestinaux. Les périodes de rémission sont de plus en plus courtes. Depuis le 14 octobre, nouvelle crise de diarrhée intense, cédant à plusieurs jours de traitement au ganidan. Il n'y a jamais d'hyperthermie, ni de vomissements, le pouls est lent.

Un examen radiologique est pratiqué en octobre : le transit opaque gastro-intestinal ne révèle aucune lésion organique.

Depuis le 20 décembre le malade présente une forte constipation. Il est admis dans le service de chirurgie, pour examens.

Il déclare avoir maigri de 6 kg environ, en deux mois. L'examen clinique est entièrement négatif : l'abdomen présente un léger météorisme, pas de tumeur perceptible ; le T.R. n'apporte aucun renseignement ; il n'y a pas d'adénopathies dans les territoires habituels. Il présente une anémie modérée à 3.500.000 avec chute du taux des protides, et leucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles.

Dans la nuit du 24 au 25, quelques heures

après son admission, le malade ressent une douleur épigastrique en coup de poignard, suivie d'une douleur sourde, généralisée à tout l'abdomen mais avec une prédominance à la F.I.D. Très vite, la contracture est généralisée : ventre de bois typique, avec pâleur et teint terreux.

Compte rendu opératoire, le 25.12

Incision de Mac Burney : le péritoine contient une sérosité purulente ; l'appendice apparaît inflammatoire ; appendicectomie.

Incision médiane sus-ombilicale : Exploration ne montrant aucune anomalie de l'étage sus-mésocolique : pas d'ulcus perforé de l'estomac ou du duodénum, la vésicule et le foie sont normaux. On trouve à 50 cm environ de l'angle duodéno-jéjunal, sur le jéjunum, une perforation punctiforme siégeant sur une plaque indurée intra-pariétale. L'induration a le diamètre d'une pièce de 5F . 50 cm plus loin sur le grêle, il existe une deuxième tumeur de mêmes dimensions, bien arrondie. La séreuse est respectée, et il n'y a pas d'adénopathies mésentériques. On fait une résection de 15 cm d'intestin, suivie d'une anastomose termino-terminale en deux plans. Le diagnostic n'étant pas fait (perforation typhique, tuberculose ?), la deuxième induration est laissée en place.

Examen de la pièce : macroscopiquement, ulcération de la muqueuse, tumeur homogène.

Microscopie (Dr ISIDOR) : "Envahissement diffus de la paroi intestinale par des éléments de type lympho-blastique, lympho-cytique et réticulaire en très grande abondance... Nombreuses anomalies dans la structure de ces éléments et nombreuses mitoses... sur toute

l'épaisseur de la paroi. La muqueuse a complètement disparu et est remplacée par une vaste ulcération à fond nécrotique. Il s'agit d'un sarcome lympho-réticulaire.

Les suites opératoires étaient bonnes avec reprise de l'état général et absence de crises diarrhéiques. Le résultat de l'examen histologique connu, il se posait un problème urgent sur la conduite à tenir. Des transits barytés étaient pratiqués qui permettaient de vérifier la perméabilité de la bouche d'anastomose, mais ne montraient pas de tumeur sous-jacente.

Etant donné la facilité de l'exérèse, il fut décidé de réintervenir le 31.1.1952, soit cinq semaines après la perforation.

C.R.O. : par une incision médiane, on explore l'anastomose qui est perméable. On ne retrouve plus la tumeur, mais à sa place existe un amincissement de la paroi intestinale produisant une hernie du même diamètre que celui de la tumeur. Par ailleurs, il existe de nombreux ganglions mésentériques d'aspect inflammatoire banal. Résection d'un fragment de grêle de 15 cm environ et prélèvement de plusieurs ganglions. Paroi en deux plans au nylon.

Les suites de l'intervention sont d'abord bonnes, mais au bout de quelques jours le malade fait une crise de diarrhée qui cède au thiacyl, et vitamines. Son état s'améliore et il quitte le service le 19 février. Il fait une crise de néphrite aiguë qui retarde l'application du traitement par la "Caryolysine" institué au début mars : injections I.V. quotidiennes de 4 mg les deux premiers jours, et 6 mg les 4 jours suivants. Mais l'état général décline et au début avril apparaît une tuméfaction au niveau de la cicatrice et

un météorisme permanent, témoignant de la poursuite du processus malin. Malgré quelques séances de radiothérapie le malade est décédé en avril.

L'examen histologique du deuxième prélèvement est intéressant, car on retrouvait le même infiltrat cellulaire mais un peu plus polymorphe : association de nombreux polynucléaires et plasmocytes ; et d'autre part, on ne retrouvait plus les anomalies cellulaires et les mitoses de la première tumeur. Au niveau des ganglions, pas plus de signes de malignité. Devant ce problème, les premières lames ont été soumises au Professeur DELARUE, qui a conclu au lymphosarcome.

Il semble bien que les RX des transits pratiqués entre les deux interventions, aient suffi à détruire incomplètement ce sarcome très radio-sensible.

De ces deux observations nous retiendrons les formes cliniques (occlusive et diarrhéique), l'absence des douleurs en dehors des crises subocclusives du premier cas ; l'association de l'anémie dans l'une, et l'amaigrissement dans les deux.

Le diagnostic de lymphosarcome n'a été fait qu'après l'intervention chirurgicale. Nous croyons que l'examen radiologique aurait pu permettre de faire le diagnostic dans le premier cas, alors que dans le second, les deux tumeurs ne donnaient pas d'images caractéristiques.

Quant au problème thérapeutique, il s'est posé à l'intervention : le premier geste devait donc être une exérèse, facile dans les

deux cas, Les autres moyens thérapeutiques ne pouvaient intervenir qu'après.

Le problème diagnostique se confond avec l'exploration radiologique.

RADIOLOGIE

-:-

L'exploration radiologique du grêle est indispensable devant un syndrome clinique dont l'origine intestinale semble probable. Malheureusement, il présente des difficultés qui l'ont fait négliger jusqu'ici, alors que l'exploration gastro-duodénale est devenue courante.

Les anses grêles sont mobiles et ont tendance à se superposer. Par ailleurs l'aspect même de l'intestin varie chez un individu en fonction de facteurs nerveux ou vasculaires. Le transit demande plusieurs heures, d'où la nécessité de prendre de nombreux clichés, régulièrement espacés, donnant des images très fines.

De nombreux auteurs se sont attachés à résoudre ces problèmes : MILLER et ABBOTT, ROSS GOLDEN, PORCHER...

CHERIGIE propose la technique suivante :

L'examen se pratique tôt le matin, de manière à prendre les clichés de la région iléo-caecale 5 ou 6 heures après.

La préparation de baryum aura la consistance d'une crème et ne sera donnée qu'en petite quantité.

Le décubitus ventral est préférable en raison de la compression qu'il provoque et qui évite les superpositions. Les clichés doivent être pris à intervalles réguliers et examinés

aussitôt, pour permettre de prendre des séries en cas de besoin. L'iléon terminal étant le siège le plus fréquent, il sera pris une série systématiquement. L'examen peut durer de 2 à 8 heures.

Certains procédés permettant d'accélérer le transit peuvent être utilisés mais on risque de modifier les images (PORCHER).

Le lavement baryté avec atropine-calcium, permet d'imprégner la région iléo-caecale et peut être utile si le transit attire l'attention sur la région.

Un examen bien conduit montre certaines images caractéristiques de lymphosarcome suivant son stade évolutif et son siège (les tumeurs intra-intestinales ulcérant la muqueuse sont plus apparentes).

- Au début, la paroi paraît infiltrée, rigide et l'ulcération muqueuse se traduit par la disparition des plis muqueux normaux, ou par la présence d'une niche.

- Les formes de la période d'état (stades II et III) se traduisent par des dilatations tubulaires ou sacciformes de la lumière intestinale, la paroi étant toujours rigide. On peut voir à l'intérieur de la lumière des images de tonalité par défaut de remplissage, causées par la présence de bourgeons néoplasiques, uniques parfois, mais souvent multiples. A l'inverse, il peut s'agir d'un rétrécissement permanent, dans la forme sténosante.

- Les complications peuvent aussi bénéficier de l'examen radiologique : invagination perforation, fistule...

Lorsque des images de dilatations segmentaires ou sacciformes existent, le diagnostic

est souvent évident. Mais parfois se posent des problèmes de diagnostic différentiel avec certaines iléites modifiant les plis et infiltrant les parois de l'intestin ; ou bien avec les tumeurs extrinsèques envahissant la paroi de proche en proche. C'est ainsi que nous avons observé le cas d'un malade (M. D..., 50 ans) qui présentait un syndrome douloureux abdominal, évoluant depuis plusieurs mois, avec amaigrissement et anémie. La palpation permettait de sentir une masse volumineuse, peu mobile, para-ombilicale droite. Le seul élément de l'examen radiologique, semblait confirmer le diagnostic de tumeur du grêle : il s'agissait d'un rétrécissement constant du début du jéjunum. A l'intervention, on trouve une tumeur envahissant l'épiploon, le méso gastro-colique et la première anse jéjunale, inextirpable. L'examen histologique affirmait l'origine pancréatique.

LE TRAITEMENT ET SES RESULTATS

-:-

Les règles du traitement du lymphosarcome du grêle sont les mêmes que pour les autres variétés de cancers. En particulier, l'efficacité sera fonction de son application précoce. Malheureusement, nous l'avons vu, le lymphosarcome n'est souvent révélé que par ses complications, au terme d'une longue évolution méconnue. Dans ces cas, seul un traitement palliatif peut être appliqué. Lorsqu'un traitement curatif a des chances de succès, il doit être tenté avec la plus large association des moyens dont nous disposons.

Ces procédés thérapeutiques sont :

- La chirurgie
- la radiothérapie
- la chimiothérapie avec la moutarde à l'azote, et plus récemment, l'E 39.

LA CHIRURGIE :

L'acte chirurgical doit être dans la mesure du possible une exérèse. Celle-ci peut être techniquement très difficile, longue et choquante. Il importe donc que le malade soit préparé très soigneusement avant l'intervention. Plusieurs jours peuvent servir à pratiquer les exanens biologiques, à la désinfection du tractus intestinal (sulfamides, antibiotiques), au rétablissement de la masse sanguine et du nombre de globules rouges par

des transfusions isogroupées. En cas d'urgence (occlusion ou perforation avec péritonite) il est souvent possible de disposer de quelques heures pour transfuser et réhydrater le malade. L'aspiration duodénale continue peut ici nous rendre de grands services.

Le voie d'abord sera large ou permettant d'agrandir si nécessaire. Après un bilan complet des lésions, et en fonction de celles-ci, on adoptera soit une solution radicale, soit l'intervention palliative la plus simple. Notons que l'exérèse peut être retardée : (KOVACHE, obs. n° 2) où une anastomose de l'iléon au transverse faite au premier temps, permet de faire la résection dans un deuxième temps.

La résection intestinale doit comporter l'ablation des adénopathies mésentériques, s'il y en a, et enlever plusieurs cm d'intestin de part et d'autre de la tumeur. La continuité sera rétablie par une anastomose termino-terminale ou termino-latérale. Il est parfois nécessaire de faire une colectomie droite associée, ou une partie du duodénum.

Les interventions palliatives sont des anastomoses de dérivation court-circuitant l'obstacle : gastro- ou duodéno-entérostomie, iléo-transversostomie.... Elles donnent quelques survies temporaires.

LA RADIOTHERAPIE :

Le lymphosarcome est sensible à l'action des rayons X, la radiothérapie provoque la fonte des tumeurs en peu de temps et avec de faibles irradiations. Malheureusement,

l'action est éphémère et les récurrences sont fréquentes. Elle paraît donc plus indiquée comme traitement complémentaire de la chirurgie, avant ou après la résection de la tumeur : cette association chirurgie suivie de radiothérapie nous a donné une survie qui est actuellement de 4 ans (obs. n° 1), sans signes de récurrence.

La radiothérapie pré-opératoire est discutée : elle crée des réactions irritatives et adhérentielles susceptibles de gêner le temps chirurgical. Post-opératoire, elle ne sera entreprise qu'après cicatrisation complète, les risques de lâchage des sutures étant importants.

La téléradiothérapie ne donnerait pas de meilleurs résultats et ne présente pas d'avantages sur la locale avec plusieurs portes d'entrée.

LA MOUTARDE A L'AZOTE :

Dérivé de l'ypérite (gaz toxique utilisé au cours de la première Guerre Mondiale), la moutarde à l'azote est un produit cytotoxique et anti-mitotique. Utilisée dans la leucémie lymphoïde et la lympho-granulomatose maligne, son action a été essayée dans les lymphosarcomes : elle donne parfois des résultats spectaculaires (HILLEMANT et CHERIGIE), ou comme complément de la chirurgie.

Les doses sont de 1/10 de mg par kilogramme de poids corporel et par 24 heures en I.V. Les injections peuvent se faire quotidiennement pendant 6 à 10 jours. Une deuxième cure un mois après, si nécessaire.

La surveillance clinique et biologique

s'impose, et le traitement ne doit débiter que loin d'une cure de radiothérapie (6 à 8 semaines).

L' E 39 :

Produit récent, cyto-toxique et anti-mitotique, il aurait donné des résultats encourageants dans les sarcomes lymphoïdes et réticulaires (Jean BERNARD).

Administré chez l'adulte à la dose moyenne de 10 mg par jour, par voie I.V., la cure aura une durée de 30 à 60 jours. Les injections peuvent provoquer des incidents locaux et sanguins (leucopénie) nécessitant une surveillance biologique.

Comme pour la moutarde à l'azote, il s'agit d'un produit agissant surtout sur les cellules cancéreuses, mais non spécifique, les autres cellules saines étant aussi atteintes à un moindre degré, et en particulier les cellules hémopoïétiques.

APPLICATIONS THERAPEUTIQUES:

Tels sont les moyens thérapeutiques dont nous disposons actuellement. Appliqués isolément, les résultats sont moins bons que lorsqu'ils sont associés. Nous verrons les diverses associations, illustrées par nos résultats.

1) La chirurgie radicale suivie de l'administration de moutarde à l'azote, ont été utilisées deux fois (KOVACHE). Il s'agissait de deux enfants, 6 et 8 ans, ayant subi :

a) la première, une résection iléale avec anastomose termino-terminale sur le grêle et suivie d'injections I.V. de moutarde à l'azote. Nous avons pu retrouver la malade en

1958 : il n'y a pas eu de récédive, la croissance est normale. La survie est donc actuellement de 10 ans.

b) le deuxième : deux interventions : dans un premier temps, une dérivation iléo-colique, suivie dans le deuxième temps d'une ablation de l'iléon terminal et du côlon ascendant. Les injections de moutarde à l'azote ont été associées. Nous l'avons revu en septembre 1958, soit 9 ans après l'intervention, en parfait état.

2) La résection-radiothérapie a été appliquée dans l'observation n° 1 : la radiothérapie a débuté après cicatrisation complète. La malade, 63 ans, opérée en juillet 1954, a été suivie régulièrement, et revue pour la dernière fois en juillet 1958, soit 4 ans après. Elle n'a pas présenté de récédives et ses troubles ont complètement disparu.

3) La triple association a été appliquée à l'un de nos malades (obs. n° 2), malheureusement trop tard : le processus évolutif n'a pu être enrayé. Notons que l'intervention fut pratiquée pour une complication grave (perforation et péritonite) et que l'une des deux tumeurs fut laissée en place, le diagnostic n'ayant pas été fait.

RESULTATS :

Tels sont les résultats des cas observés à l'hôpital de Poissy. Leur petit nombre ne permet pas de généraliser le résultat : le pronostic de la maladie apparaîtrait favorable, alors qu'en réalité, il est tout différent :

RENAUDIE, dans sa thèse, rapporte les statistiques de MARCUS (mai 1950) : sur 150 cas

traités , il y eut, en fonction de la thérapeutique :

a) 41 interventions palliatives : aucun malade n'a survécu.

b) 54 résections, parmi lesquelles, 13 survies de plus de 5 ans.

c) 26, radiothérapie isolée : 2 survies de plus de 5 ans.

d) 29 cas où la résection fut suivie de radiothérapie : 15 survies de plus de 5 ans.

Cette comparaison nous semble assez démonstrative.

D'après HECTOR, il y aurait 40 % de survies de plus de 5 ans après l'association résection-radiothérapie.

USHER et DIXON : la radiothérapie isolée. donnerait une survie moyenne de 20 mois.

CONCLUSIONS

.-:-

1.- Le lymphosarcome du grêle, affection rare, lorsqu'il est méconnu, se révèle tardivement par l'une de ses complications habituelles : telle que perforation ou occlusion. L'extension des lésions ne permet alors que l'application d'un traitement palliatif, n'assurant que de courtes survies.

2.- Par ailleurs, nous possédons des moyens thérapeutiques qui permettent d'obtenir de bons résultats, s'ils sont appliqués assez tôt. D'où le grand intérêt du diagnostic précoce.

3.- La clinique seule est incapable de faire le diagnostic, le lymphosarcome n'ayant aucune manifestation pathognomonique. Mais les syndromes les plus évocateurs, par leur persistance malgré les traitements symptomatiques, doivent amener le médecin à penser aux tumeurs du grêle, et à lui faire pratiquer les examens susceptibles de confirmer le diagnostic. Il s'agit essentiellement de l'examen radiologique.

4.- L'exploration radiologique bien conduite, permet souvent de mettre en évidence des images assez caractéristiques (rigidités, dilatations, sténoses). Mais un examen négatif ne permet pas d'éliminer formellement la tumeur ; et il doit être renouvelé au bout de quelques semaines le cas échéant. Mais l'examen radiologique, même lorsqu'il

est positif, ne permet pas de faire le bilan des lésions, ni d'indiquer la thérapeutique la plus efficace.

5.- La laparotomie exploratrice, geste simple et sans danger actuellement, trouve ses indications devant un syndrome abdominal dont on n'a pu préciser l'origine par les autres moyens courants d'investigation, aussi bien que pour faire le bilan d'une affection tumorale connue : diagnostic histologique et extension. Ses indications doivent être très étendues aux fins de diagnostic, où elle rend de bien plus grands services que lorsqu'elle est pratiquée la main forcée par une complication.

6.- Les différents procédés thérapeutiques donnent les meilleurs résultats lorsqu'ils sont associés. La chirurgie radicale garde la vedette pour le moment, mais elle est appelée à céder la place aux thérapeutiques médicales nouvelles, qui seront mises au point, n'en doutons pas, dans les quelques années à venir, et qui transformeront le pronostic sombre de cette affection.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : L. BINET

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--:-

ABATZIS (TH.)

A propos du lymphosarcome de l'intestin grêle.

Mémoire d'Assistant Etranger Paris 1954
dact. 35 pp.

AGOSTINI, FOURNIER

Manifestations digestives des lymphosarcomes de Kunderat

Maroc Méd. 34 avril 1955 p. 478-482

BENJAMIN (E.L.), and CHRISTOPHER (F.)

Primary lymphosarcome of the small intestine

Am.J.Clin.Path. 10 1940 p. 408

BERNARD (J.)

Recherches récentes sur le traitement des leucémies et des cancers

Revue Méd. de Liège 13 9 mai 1958 269-275

BOLLINGER (J.A.) and MARS (H.F.)

Lymphosarcome of the small intestine

J.Internat.Coll.Surg. 19 1953 p. 296-302

BROCQ (P.) et POILLEUX (F.)

De l'intérêt du diagnostic précoce des tumeurs du grêle et de la difficulté de certaines exérèses

Rev.Méd.Suisse Rom. 76 5 mai 1956 p. 325-335

BUFFARD (P.), CROZET (L.)

Sept observations de lésions malignes
de l'intestin grêle diagnostiquées par
la radiologie
Arch.Mal.App.Dig. 41 2 avril 1952 460-
463

CATTAN(R.), FRUMUSAN (P.), AYPELIER (A.) et
ZERACH (Ch.)

Les localisations digestives multiples
de la lymphosarcomatose , type Kundrat
Arch.Mal.App.Dig. 40 12 déc. 1951 p.1284-
1301

CATTAN (R.), PORCHER (P.), BENSAUDE (A.) et
FRUMUSAN (P.)

Lymphosarcomatose du tube digestif à
type de polypose diffuse
Arch.Mal.App.Dig. 42 juil.-août 1953
p. 937-943

CHAMBERLIN (D.T.)

Malignant tumours of the small intestine
Surg.Clin.North.Am. 18 juin 1938 p. 705-
721

CHARACHE (H.)

Primary lymphosarcome of the intestine
in a boy of seven. Follow-up of nine
years
Am.J.Surg. 59 60 mars 1943

CHERIGIE (E.), HILLEMAND (P.), PROUX (Ch.)
BOURDON (R.)

L'intestin grêle normal et pathologique
Exp.Scient.Fran. Paris 1957

CHONT (K.L.)

Sarcomes of the small intestine and re-
ference to their radiosensitivity
Radiology 36 janv. 1941 p. 86-97

CLOQUET (J.) et de BUSSCHER (G.)

Lymphosarcome pédiculé de l'iléon

Acta Gastro-Enterologia Belg. 16 juin-juil. 1953 p. 457-462

DEJEAN (Cl.)

Contribution à l'étude du lymphosarcome de l'intestin grêle

Thèse Méd. Paris 1955

DUNDON (C.C.)

Primary tumours of the small intestine

Am.J.Roentgenol. 59 avr.'48 p. 492-504

DUCHEMIN (R.)

Contribution à l'étude des lymphosarcomes de l'intestin grêle chez l'enfant

Thèse Méd. Paris 1954 Dact. 72 p.

EISENOFF (H.M.) et coll.

Lymphosarcoma of the intestine

Am.J.Dig.Childhood 89 janv.'55 p. 31-34

FAULKNER (J.W.) and DOCKERT (M.B.)

Lymphosarcoma of the small intestine

Surg.Gynec. & Obst. 95 1 juill. 1952 p. 76-84

FRYFOGLE (J.D.), KIERNAN (P.C.) , DOCKERTY (M.B.)

Lymphosarcoma of the small intestine.

Report of a case. Proceedings of the

Staff meetings of the Mayo Clinic

21 n° 8 avr. 1946 p. 161-169

FRASER (K.)

Malignant tumours of the small intestine;

a review of the literature and report of 21 cases

Brit.J.Surg. 32 avril 1945 p. 479-491

GALLUCCIO (A.C.)

Lymphoblastoma of terminal ileum

N.Y.State J.Med. 46 15 sept.'46 p. 2049-52

GAMBLE (J.R.), TROUT (H.H.), ALBERTSON (H.A.)
LEAWITT (D.)

Tumeurs malignes de l'intestin grêle
Annals of Surg. 139 6 juin 1954 p. 858-
863

GILLETTE (P.)

Malignant tumours of the small intestine.
Report of four cases
Gastroenterology 30 2 février 1956 p. 517-
522

GODART (J.), DELOYERS (L.), SEGERS (J.)

Un cas de lymphosarcome du grêle
Acta gastro-enterol.Belg. 13 mars '50
p. 274-277

HILLEMAND (P.), CHERIGIE (E.), VIGUIE (R.),
BOURDON (R.), GILBRIN (E.) et ABATZIS

Les lymphosarcomes du grêle
Sem.Hôp.Paris 31 20 avril 1955

HILLEMAND (P.), POILLEUX (F.) et CHERIGIE (E.)

Les tumeurs du grêle
in: Actualités Hépatogastro-Entérologi-
ques Masson édit. 1956 p. 89-117

KOVACHE (Ch.)

Le lymphosarcome de l'intestin grêle
Thèse Méd. Paris 1950 Dact. 66 p.

KUNDRAT (H.)

Über lymphosarkomatosis
Wien.Klin.Wochen 6 mars 1893 p. 211-213

LECENE

Tumeurs primitives de l'intestin grêle
Thèse Méd. Paris 1903

LEVRAT et coll.

Images radiologiques de tumeurs malignes
de l'intestin grêle

Sem. Hôp.Paris suppl. Gastro-entérol.
28 1954

LONGUET (Y.J.)

Sur les tumeurs du grêle
Mém.Acad.Chir. 81 20 21 juin 1954
p. 584

LORTAT-JACOB (J.L.), RENE (L.)

A propos de 4 observations inédites de
tumeurs du grêle
Gaz.Méd.France 56 juin 1949 p. 431-
433

MASSION (J.)

Le diagnostic précoce des tumeurs ma-
lignes du tube digestif
Scalpel 43 1948 p. 1011

MIALARET (J.)

A propos des tumeurs primitives de
l'intestin grêle
Mém. Acad.Chir. 81 1955 511-512

MONSAINGEON (A.)

Hémorragie intra-péritonéale diffuse
par sarcome du grêle. Résection intes-
tinale, survie de 3 ans
Mém.Acad.Chir. 69 1943 206-207

MOUCHET (A.), CHATAIN (Y.)

Les tumeurs de l'intestin grêle ; à
propos de 4 observations personnelles
Paris Méd. 37 1947 393-405

MOUCHET (A.)

A propos des tumeurs de l'intestin
grêle
Bull.Mém.Acad.Chir. 81 1955 p. 668-671

PATEL (J.), NARDI (C.)

Sur les tumeurs malignes de l'intestin grêle

Mém.Acad.Chir. 81 1955 p. 509-510

PORCHER (P.), CAROLI (J.)

Un accélérateur inattendu du transit intestinal (grêle et côlon)

Arch.Mal.App.Dig. 46 7-8 juil-août 1957 p. 663-665

SWAIN (M.), BEAL (J.)

Lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract.Report of 20 cases

Am.Surg. 119 n° 1 janv. 1944 p. 108-123

SWENSON (P.C.)

X-ray diagnosis of primary malignant tumours of the small intestine

Rev. Gastro-enterol. 10 1943 p. 77-91

TRONC (J.)

Les tumeurs malignes primitives de l'angle duodéno-jéjunal et de la première anse jéjunale

Thèse Méd.Paris 1952 dact. 69 pp.

USHER (F.C.), DIXON (C.F.)

Lymphosarcoma of intestine

Gastro-enterol. I n° 2 févr. 1948 p. 160-178

VERHAEGHE (M.), DEVAMBEZ (J.), SOOTS (G.),
GODEROY-VENDEVILLE (Y.)

Huit cas de tumeurs de l'intestin grêle

Arch.Mal. App. Dig. 46 11 nov. 1957 p. 1073-1087

WEISS (A.G.), HOLLENDER (L.), ADLOFF (M.)
WAGNER (J.P.)

Trois observations de tumeurs malignes
du grêle

Arch.Mal.App.Dig. 45 1-2 janv.fév. 1956
p. 70-81

WUIDART (Y.)

Lymphosarcome occlusif du grêle chez
un enfant de 8 ans

Presse Médicale 59 23 avril 1951 p. 467

TABLE DES MATIERES

-:-

	Page
1.- Introduction	15
2.- Généralités	16
3.- Rappel historique	18
4.- Etiologie	19
5.- Anatomie Pathologique	21
6.- Clinique	24
7.- Observations	30
8.- Radiologie	37
9.- Le Traitement et ses Résultats	40
10.- Conclusions	46
11.- Bibliographie	48

-:-

S E R M E N T

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

